

## SOLICITUD DE SEGURO MUTUAL MÉDICA

FECHA DE ENTRADA:

FECHA DE EFECTO:

COMERCIAL:

CAMPAÑA:

TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:

N.I.F.:

DOMICILIO:

POBLACIÓN:

C.P.:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

REPRESENTANTE LEGAL (sólo empresas):

ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS:

N.I.F.:

DOMICILIO:

POBLACIÓN:

C.P.:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

TELÉFONO MÓVIL:

E-MAIL:

ESTADO:

SEXO :

F.NACIMIENTO:

Nº HIJOS:

COLEGIADO EN:

Nº COLEGIADO:

LUGAR DE TRABAJO:

TELÉFONO:

ACTIVIDAD:  Cuenta ajena  Cuenta propia

FECHA INICIO ACTIVIDAD PRIVADA:

¿INICIA ACTIVIDAD PRIVADA POR PRIMERA VEZ O FINALIZADA HACE MÁS DE 2 AÑOS?  SI  NO

¿REACTIVA ACTIVIDAD DESPUÉS MATERNIDAD?  SI  NO ESPECIALIDAD:

¿REALIZA GUARDIAS?

Nº DE GUARDIAS AL MES:

BENEFICIARIOS

LOS LEGALES

HIJOS

CÓNYUGE

OTROS

NOMBRE Y APELLIDOS:

BENEFICIARIOS ORFANDAD: NOMBRE, APELLIDOS Y FECHA DE NACIMIENTO

FORMA DE PAGO

MENSUAL

TRIMESTRAL

SEMESTRAL

ANUAL

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

IBAN

ENTIDAD

AGENCIA

D C

Nº DE CUENTA O LIBRETA

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGURO

COBERTURA

CUOTA

FRACCIONAMIENTO

Orfandad

100 €

Gratuita 1er. Año

Mensual

En fecha \_\_\_\_\_, he recibido la información, según la normativa establecida en el R.D. 2486/1998 del R.O.S.P.P., referente a los seguros que contrato/amplió en el presente documento.

Firma del tomador:

# DECLARACIÓN DE SALUD

El/la interesado/a \_\_\_\_\_ es conocedor/a de que cualquier inexactitud, omisión u ocultación en sus declaraciones, que sirven de base para la contratación de los seguros de Mutual Médica, puede ser causa de nulidad de la mencionada contratación y de la pérdida de sus derechos (Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguros). Responda todas las preguntas con el máximo rigor y precisión.

**MARQUE LA CASILLA:**

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido algún accidente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Sigue algún tratamiento o control médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido o tiene actualmente alguna sintomatología (física o psíquica) que haya aconsejado o aconseje consulta médica, estudio médico, hospitalización, tratamiento o intervención quirúrgica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Si tiene concedida algún tipo de <b>invalidez</b> , indique el motivo y grado  |                          |                          |

6. Si tiene concedida algún tipo de **minusvalía**, indique patologías

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. ¿Ha tenido o tiene alguna alteración física, psíquica o funcional?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene miopía > 6 dioptrías? <input type="checkbox"/> . ¿Tiene otros trastornos de visión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a alguna prueba médica: resonancia magnética, escáner, ecografía, análisis, radiografía, ECG, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Indique motivos y resultados**

11. Tiene alterados los valores de: colesterol  / LDL  HDL  triglicéridos  glucosa  ácido úrico

Indique los valores alterados: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

12. Sufre de: diabetes SI  NO  Indique valores hemoglobina glicosilada \_\_\_\_\_ / Sufre hipertensión SI  NO

**Si ha marcado Sí en alguna casilla o ha declarado tener alguna alteración, indique:**

**Diagnósticos** \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Causa/etiología \_\_\_\_\_

Duración del proceso \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

Nº episodios/fechas \_\_\_\_\_

Evolución \_\_\_\_\_

Resultado pruebas efectuadas \_\_\_\_\_

Especifique si tiene algún órgano afectado \_\_\_\_\_

Estado actual: A)  curado sin secuelas, B)  curado con secuelas, especifique: \_\_\_\_\_

C)  en curso, pendiente de \_\_\_\_\_

Otros comentarios respecto al estado de salud \_\_\_\_\_

13. Peso: \_\_\_\_\_ kg. Altura \_\_\_\_\_ cm. Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ cm. Su peso ha aumentado  o disminuido  en los últimos 5 años más de 5 Kg? En caso afirmativo indique kg \_\_\_\_\_ y causa \_\_\_\_\_

14. T.A. Sistólica \_\_\_\_\_ / Diastólica \_\_\_\_\_.

15. ¿Le han hecho alguna vez el test del VIH? \_\_\_\_\_ Fecha y resultado \_\_\_\_\_

16. ¿Fuma? \_\_\_\_\_ ¿Cantidad diaria? \_\_\_\_\_

17. ¿Consumo bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo y cantidad diaria? \_\_\_\_\_

18. ¿Practica algún deporte con carácter habitual  o profesional ? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique cuál y con qué frecuencia

Fecha de la declaración

Firma del/de la asegurado/da

Dato imprescindible para la validez de esta solicitud

## NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS

El/la solicitante Dr. /Dra. \_\_\_\_\_ declara que ha contestado con sinceridad y buena fe y que autoriza a los médicos y/o instituciones médicas que le hayan atendido a proporcionar a Mutual Médica las informaciones precisas para conocer su estado de salud o para la liquidación de un eventual siniestro.

Mediante la firma de esta solicitud, el asegurado/da autoriza a incorporar los datos personales facilitados en este documento, junto con los que se obtengan durante la evolución de los servicios, incluidos los datos de salud que usted nos facilite, en un fichero creado bajo la responsabilidad de Mutual Médica, con la finalidad de llevar a cabo los servicios encargados y su gestión económica, fiscal, contable, administrativa y de facturación. Así mismo, nos autoriza a enviarle información relativa a estos servicios u otros que ofrezca Mutual Médica, mediante correo electrónico, correo postal y / o fax. Si no consiente el uso de estos datos con la finalidad de informarle sobre nuestros servicios marque esta casilla

En todo caso, usted tiene el derecho a acceder a la información que le concierne recopilada en nuestro fichero, rectificarla de ser errónea, cancelarla o oponerse a su tratamiento, dirigiéndose por escrito a: Mutual Médica, Vía Laietana, 31, 08003, Barcelona.

Informado y conforme con lo que se expone en los apartados anteriores, usted consiente expresamente y autoriza a Mutual Médica para que trate los datos personales que voluntariamente nos facilita, según las finalidades expuestas en este escrito y para cederlas a las entidades públicas y privadas que sean necesarias para la realización de los servicios encargados.

Esta autorización tiene validez hasta su revocación por parte del titular de los datos.

Firma del/de la asegurado/da